1879
Lane Medical Library

# Einige Mittheilungen

über die

vom 1. April 1877 bis zum 1. April 1879

in der medicinischen Klinik in Göttingen

beobachteten

# croupösen Pneumonieen.

---

**Inaugural-Dissertation**

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

**Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,**

Vorgelegt

der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Göttingen

von

**Johannes Feldhausen**

aus Braunschweig.

---

Göttingen 1879.

Druck der Dieterichschen Univ.-Buchdruckerei.

W. Fr. Kaestner.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0186

Wenn ich es wage der Göttinger medicinischen Fakultät im Folgenden eine Arbeit über Pneumonieen vorzulegen, so will ich von vornherein bemerken, dass dieselbe durchaus nicht die Darlegung von Untersuchungen auf diesem schwierigen Gebiet beabsichtigt, sondern dass sie nur eine Zusammenstellung und Sichtung einer Reihe von Fällen, die hier zur Behandlung kamen, sowie das Hervorheben von Thatsachen, die mir aus einem oder dem andern Grunde wichtig und interessant schienen, zum Zweck hat. Ich habe zu meiner Arbeit die croupösen Pneumonieen, welche während zweier Jahre in der Göttinger Klinik zur Behandlung kamen, benutzt. Es sind dieses die Jahre 1877 vom April bis December, das Jahr 1878 ganz und das Jahr 1879 bis ultimo März; oder besser ausgedrückt, das Jahr April 1877 bis ultimo März 1878 und April 1878 bis ultimo März 1879. Die Zahl der Fälle beträgt in diesem Zeitraum 56, wovon 45 Männer und 11 Weiber.

Auf das erste Jahr kommen davon 29, und zwar 21 Männer und 8 Weiber, auf das zweite Jahr 27, wovon 24 Männer und 3 Weiber. Die Erkrankungszahlen stimmen wie man sieht, in den beiden Jahren ziemlich überein, denn im ersten Jahre beträgt die Krankheitsziffer für den Monat nicht ganz $2^1/_2$, bei dem zweiten $2^1/_4$.

Eine weniger genaue Uebereinstimmung findet sich zwischen den einzelnen Monaten, zwar so, dass bei einigen geradezu verkehrte Verhältnisse obwalten. Zur Erläuterung folgende Tabelle:

| Monate | April 1877 bis ultimo März 1878 | | | April 1878 bis ultimo März 1879 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Männer | Weiber | Summe | Männer | Weiber | Summe |
| April | 1 | 2 | 3 | 4 | — | 4 |
| Mai | 3 | — | 3 | 3 | 1 | 4 |
| Juni | — | 1 | 1 | 1 | | 1 |
| Juli | — | — | — | 2 | — | 2 |
| August | — | — | — | — | — | — |
| September | 2 | 1 | 3 | — | — | — |
| October | 1 | — | 1 | 1 | — | 1 |
| November | 3 | — | 3 | 2 | — | 2 |
| December | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Januar | 4 | 1 | 5 | 2 | — | 2 |
| Februar | 5 | 1 | 6 | 1 | 1 | 2 |
| März | 1 | 1 | 2 | 6 | — | 6 |
| Summe | 21 | 8 | 29 | 24 | 3 | 27 |

Was am meisten an dieser Tabelle auffällt, ist wohl, wenn wir von kleineren Zufälligkeiten absehen wollen, das entgegengesetzte Verhalten der Monate Januar, Februar und März in den Jahren 1878 und 1879 zu einander. Während im Jahre 1878 der Januar und Februar die am stärksten belasteten Monate sind und der März nur eine niedrige Erkrankungsziffer zeigt, ist umgekehrt der März 1879 am stärksten belastet und die Monate Januar und Februar weisen nur kleine Zahlen auf. Man wird, glaube ich, beim Ueberblicken jener Zahlen unwillkührlich zu dem Gedanken gedrängt, dass vielleicht die Witterungsverhältnisse in irgend einer Weise auf das Zustandekommen jener Unregelmässigkeiten eingewirkt haben, und man wird sich dann zu fragen haben, sind vielleicht in den Windrichtungen oder anderen Verhältnissen Aehnlichkeiten nachzuweisen zwischen Januar und Februar 1878 und März 1879 einerseits und zwischen März 1878 und Januar und Februar 1879 andererseits? Ich habe diese Vergleiche mit Hülfe der Witterungsaufzeichnungen der hiesigen Sternwarte gemacht und bin dabei zu keinem, oder besser gesagt zu dem Resultate gekommen, dass in unseren Fällen das Wetter ohne jeden Einfluss gewesen ist. So ist z. B. die Durchschnittstempe-

ratur im Februar und März 1878 sehr hoch, ja höher als in irgend einem anderen der 6 angeführten Monate und trotz dem diese Differenz sowohl zwischen den beiden auf einander folgenden Monaten als auch zwischen den beiden Monaten Februar 1878 und 1879. Der Feuchtigkeitsgehalt der Luft zeigt bei Berechnung des Durchschnittsthaupunktes ungefähr dasselbe Verhältniss, und sogar wovon man es nach der allgemeinen üblichen Ansicht am wenigsten erwartet, der Wind. Der so sehr gefürchtete Ostwind ist in den stark mit Pneumonieen belasteten Monaten Januar und Februar gering, in dem gleichfalls pneumoniereichen März 1879 häufig. Fast umgekehrt verhält sich der Südwind. Man könnte mir einwerfen, dass eine Zusammenstellung der reinen Winde nach Procenten nicht massgebend sein könne, und dass es sich um die Zusammenstellung und Vergleichung der doch hier fast immer wehenden combinirten Windrichtungen handeln müsse. Ich habe desshalb in den einzelnen Monaten die Zahl der Tage an welchen jeder einzelne Wind wehte zusammengestellt, und habe auch hierbei gefunden, dass sich der Januar und Februar 1878 fast entgegengesetzt verhalten wie der März 1879.

Es mögen diese kurzen Andeutungen genügen um den Schluss zu rechtfertigen, dass der Einfluss der Witterung auf Pneumonieen mindestens ein viel geringerer ist, als man gewohnt ist anzunehmen; dass er nicht ganz fehlt, dürfte wohl schon aus der vorwiegenden Mehrzahl der Fälle in den kalten Jahreszeiten, besonders im Frühling und Winter hervorgehen. Jürgensen der über diese Verhältnisse in Ziemssens Handbuche eingehender spricht, giebt an, dass in naheliegenden Ortschaften mit ganz gleichen klimatischen Verhältnissen die Pneumoniefrequenz ganz verschieden, und umgekehrt, bei Orten mit ganz verschiedenen klimatischen Verhältnissen eine ganz gleiche sei.

Der Verschiedenheit der Anzahl der Pneumonieen gemäss ist auch natürlich der Procentsatz derselben in den verschiedenen Monaten ein ungeheuer schwankender, und das um so mehr, als häufig in Monaten, wo die Zahl der

sämmtlichen Erkrankungen eine niedrige ist, die Zahl der Pneumonieen hoch ist und umgekehrt.

Ich lasse eine Tabelle folgen aus der der Procentsatz der Pneumonieen ersichtlich ist und bemerke, dass bei der Gesammtzahl der Erkrankungen Krätze und Syphilis nicht mitgerechnet sind.

| | April 1877 bis ultimo März 1878 | | | April 1878 bis ultimo März 1879 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Gesammtzahl | Pneumoniezahl | Procentsatz | Gesammtzahl | Pneumoniezahl | Procentsatz |
| April | 68 | 3 | 4, 41 | 46 | 4 | 8, 69 |
| Mai | 71 | 3 | 4, 22 | 81 | 4 | 4, 93 |
| Juni | 72 | 1 | 1, 38 | 54 | 1 | 1, 85 |
| Juli | 68 | — | — | 58 | 2 | 3, 44 |
| August | 45 | — | — | 46 | — | — |
| September | 31 | 3 | 9, 67 | 35 | — | — |
| October | 62 | 1 | 1, 61 | 56 | 1 | 1, 78 |
| November | 70 | 3 | 4, 28 | 54 | 2 | 3, 70 |
| December | 56 | 2 | 3, 57 | 50 | 3 | 6 |
| Januar | 79 | 5 | 6, 32 | 78 | 2 | 2, 56 |
| Februar | 89 | 6 | 6. 74 | 63 | 2 | 3, 17 |
| März | 57 | 2 | 3, 50 | 58 | 6 | 10, 34 |
| Summe | 768 | 29 | 3, 77 | 679 | 27 | 3, 97 |

Nach dieser Tabelle würde der Gesammtprocentsatz ungefähr derselbe sein, aber die Procentsätze der einzelnen Monate fallen besonders bei einigen wegen ihrer grossen Differenz auf. Diese Differenz hängt nun freilich in vielen Fällen nicht von derjenigen in der Anzahl der Pneumonien ab, sondern von dem auffallenden Missverhältniss in den Allgemeinerkrangungen, wie das z. B. sehr deutlich im April ist. Im Allgemeinen aber dürften die Zahlen einen richtigen Ueberblick über die Pneumoniefrequenz der einzelnen Monate gewähren, und vor allen Dingen die geringe Höhe derselben in den wärmeren Monaten zeigen, wobei freilich der September 1877 eine merkwürdige Ausnahmestellung einnimmt, da er bei einer geringen Anzahl von Gesammterkrankungen eine ziemlich grosse Anzahl von Pneumonieen zeigt.

Was die Lebensalter der Erkrankten betrifft, so möge sie die folgende Zusammenstellung erläutern.

| Lebensalter | Anzahl der Erkrankungen in den einzelnen Lebensaltern | | | | Procentsatz d. Pneumonieen in den einzelnen Lebensaltern | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Männer | Weiber | Männer u. Weiber | Verhältn. d. Weiber z. d. Männern | Männer | Weiber | Männer u. Weiber |
| 1—10 | 5 | 3 | 8 | 1 : 1,66 | 11, 11 | 27, 27 | 14, 28 |
| 11—20 | 12 | 2 | 14 | 1 : 1,6 | 26, 66 | 18, 18 | 25, 0 |
| 21—30 | 9 | 2 | 11 | 1 : 4,5 | 20, 0 | 18, 18 | 19, 64 |
| 31—40 | 11 | 1 | 12 | 1 : 11 | 24, 44 | 9, 09 | 21, 42 |
| 41—50 | 3 | 1 | 4 | 1 : 3 | 6, 66 | 9, 09 | 7, 14 |
| 51—60 | 2 | 2 | 4 | 1 : 1 | 4, 44 | 18, 18 | 7, 14 |
| 61—70 | 2 | — | 2 | — | 4, 44 | — | 3, 57 |
| 71—80 | 1 | — | 1 | — | 2, 22 | — | 1, 78 |

Man nahm bis vor nicht langer Zeit an, dass besonders das jüngere Lebensalter für Pneumonie disponire und unsere Tabelle würde ganz geeignet sein diese Ansicht zu bestätigen. Ich glaube nun freilich, dass gerade die mittleren Lebensalter die noch nicht im Stande waren sich einen eigenen Heerd zu gründen und ihren Lebensunterhalt bei fremden Leuten suchen müssen, es sind, die das Hauptcontingent der Krankenhäuser stellen; sieht man aber die Rapidität an, mit der in unserm Falle die Erkrankungen vom 40 Jahre an herabgehen, so muss man doch zweifelhaft werden, ob jener Umstand allein das bewirken konnte. Jedenfalls würde zur Unterstützung der jetzt herrschenden Ansicht, dass alle Lebensalter ungefähr in gleichem Grade zur Pneumonie disponiren Nichts mehr beitragen können, als eine der ärztlichen Praxis entnommene grosse Statistik. Merkwürdig ist, dass die Procentzahl der Weiber in den Jahren 1—10 und 51—60 bedeutend höher ist als die der Männer, wenn auch die absolute Anzahl der Weiber, die der Männer nicht erreicht. Es würde bei der geringen Anzahl von Fällen voreilig sein, daraus irgend einen Schluss zu ziehen, und ich begnüge mich desshalb damit die Thatsache zu registriren, Wenn wir nun zu der Beschäftigung der einzelnen Patienten kommen, so mag es genügen zu

bemerken, dass alle möglichen Berufsarten Vertreter gestellt haben, dass aber die Arbeitsmänner und Knechte mit einer Anzahl von 18 bedeutend prävaliren. Diese letzteren gehören fast ausschliesslich der ländlichen Bevölkerung an, ein Umstand der auf den ersten Blick zu contrastiren scheint mit dem Satze den Jürgensen (Ziemssen S. 18) aufstellt dass die vorzugsweise im Freien lebende Bevölkerung weniger leide. Bedenkt man aber das Missverhältniss zwischen dem hier sehr grossen Landkreise und der kleinen Stadt und stellt man die übrigen Erkrankten in toto als solche, die mehr im Hause arbeiten jenen gegenüber, so schwindet dieser Widerspruch.

Was den Wohnsitz der Erkrankten anlangt, so ging die Mehrzahl aus Göttingen zu, nämlich 25, worunter 8 Weiber, während von den umliegenden Dörfern Grone mit 4 am stärksten vertreten ist. Ich habe nun in Bezug auf Göttingen, soweit mir das nach den Aufzeichnungen möglich war und unter Zuhülfenahme der poliklinischen Erkrankungen während jener Zeit eine Statistik der Strassen aufzustellen versucht. Ich will dieselbe hier nicht wiedergeben sondern nur anführen, dass die Lange Geismarstrasse vorherrscht. Hier sind 5 Fälle zu verzeichnen, von denen zwei auf ein Haus kommen und bei denen der eine Patient 3 Tage später erkrankte als der andere. Am Gronerthore finden sich 4 Patienten in 2 Häusern. Die Erkrankungen liegen hier freilich ungefähr 3 resp. 2 Monate auseinander, in dem einen Hause aber sind die Erkrankten Geschwister. Es folgen nun die Speckstrasse, der Ritterplan und der Papendiek mit je mit 3 Erkrankungen und in den ersten beiden Strassen ist wiederum ein Haus mit je zwei Erkrankungen zu verzeichnen. In dem Hause an der Speckstrasse sind die Erkrankungen ziemlich zu derselben Zeit während sie in dem Hause am Ritterplan nicht ganz einen Monat von einander entfernt liegen, aber wiederum 2 Brüder betreffen. Die übrigen Strassen hier noch anzuführen, dürfte keinen Werth haben, sie weisen meistens eine oder zwei Erkrankungen auf, ohne dass sich dabei noch ein Haus

mit zwei Erkrankungen fände. Von den 4 Patienten aus Grone sind gleichfalls zwei Geschwister, die kurz nach einander erkrankten.

Wenn man diese, wenn auch nur kleine Zahl von Pneumonieheerden, wenn ich mich so ausdrücken darf, überblickt, so kann man wohl kaum an etwas Anderes als an Infection denken. Dabei fällt auf, dass es besonders Kinder sind, die bei jenen Doppelerkrankungen eine Rolle spielen, und dass, wenn man eine Infection annimmt, die Incubation so sehr verschieden ist. Man müsste dann annehmen, dass die Incubationszeit mehrere Wochen oder gar Monate beträgt und dass jene Fälle in denen die Erkrankungen ziemlich gleichzeitig waren durch den Einfluss von gleichzeitigen Noxen entstanden sind; oder dass die Incubationszeit nur wenige Tage beträgt, in welchem Falle man, wenn man überhaupt für die weiter von einander entfernten Fälle die Infection beibeibehalten will an eine Latenz des Giftes denken müsste.

Merkwürdig ist, dass in unsern Fällen die Patienten in überwiegender Mehrzahl von guter Constitution waren, so dass sich wenn man die gebräuchlichen Ausdrücke gut, mittelmässig und schlecht genährt anwendet ungefähr folgendes Verhältniss herausstellt:

| Ernährungszustand | Männer | Weiber | Männer und Weiber |
|---|---|---|---|
| gut genährt | 32 | 7 | 39 |
| mittelmässig genährt | 12 | 3 | 15 |
| schlecht genährt | 1 | 1 | 2 |

Man muss, glaube ich hierbei aber immer bedenken, dass die Begriffe gut, schlecht und mittelmässig genährt nur sehr relative sind, und dass aus denselben auf die Gesundheit eines Menschen doch nur sehr vorsichtig ein Schluss gezogen werden darf.

Da die Pneumonie eine Krankheit ist, die sich durch

Recidive auszeichnet, so habe ich in unseren Fällen nach dem wiederholten Befallenwerden geforscht und schreibe das Resultat nieder, glaube aber demselben irgend welchen Werth desshalb nicht zusprechen zu dürfen weil ja hier nur die Aussagen der Erkrankten in Betracht kommen und diese bekanntlich meistens sehr unzuverlässig sind.

| | Männer | Weiber | Männer und Weiber |
|---|---|---|---|
| zum 1. Male | 30 | 10 | 40 |
| zum 2. Male | 9 | 1 | 10 |
| zum 3. Male | 2 | — | 2 |
| zum 4. Male | 1 | — | 1 |
| zum 5. Male | 1 | — | 1 |
| zum 6. Male | — | — | — |
| zum 7. Male | — | — | — |
| zum 8. Male | 1 | — | 1 |
| Weiss nicht wie oft | 1 | — | 1 |

Eine noch grössere Unsicherheit als bei der Frage nach den Recidiven tritt uns bei der Frage nach den Ursachen der Erkrankung entgegen. Stellen wir als eine Reihe die Erkrankungen hin, bei denen wir schon oben an eine Infection dachten, so würde die andere Reihe von den Ursachen der Erkrankung nach der Meinung der Patienten, gebildet, und diese kommen falls überhaupt eine Meinung da war fast ohne Ausnahme auf Erkältung hinaus. Was auf diese Aussagen zu geben ist, ist hinlänglich bekannt; ein jeder Laie der mit Schüttelfrost erkrankt weiss sicher, dass er sich erkältet hat, und wird meist ohne Mühe das Wo und das Wie finden, dazu kommt noch, dass gerade Lungenerkrankungen nach der allgemeinen Annahme nur durch Erkältungen entstehen. Ich bin nun weit entfernt mich auf das dunkele Gebiet der Erkältungen begeben zu wollen, ebensowenig wie ich die Absicht habe einen Zusammenhang zwischen Erkältung und Pneumonie zu leugnen; wenn man aber jene Thatsachen berücksichtigt, so

wird man zugeben müssen, dass die von den Kranken angegebenen Ursachen nur von geringem Werth sind.

Vielleicht ist auch die Annahme einer etwas starken Erkältung mit Husten der Grund, wesshalb ein grosser Theil der Kranken erst verhältnissmässig spät das Krankenhaus aufsucht. Die meisten Kranken sind freilich und das ist, wie ich denke, leicht erklärlich am dritten Krankheitstage zugegangen, viele aber sind am 4., 5., 6., und einer sogar am 11. Tage gekommen. So kommt es denn, dass die Zahlen bis zum dritten Tage steigen und von da allmählig fallen. In der folgenden Tabelle ist ein Patient nicht mit aufgeführt weil dessen Erkrankung nicht zu eruiren war.

| Krankheitstag bei der Aufnahme | Männer | Weiber | Männer und Weiber |
|---|---|---|---|
| 1. | 3 | 2 | 5 |
| 2. | 8 | 1 | 9 |
| 3. | 12 | — | 12 |
| 4. | 6 | 2 | 8 |
| 5. | 5 | 2 | 7 |
| 6. | 3 | 2 | 5 |
| 7. | 2 | 2 | 4 |
| 8. | 4 | — | 4 |
| 11. | 1 | — | 1 |

Wir wenden uns jetzt zu dem rein pathologischen Theile unserer Zusammenstellung und wollen uns da den Sitz der Erkrankungen ansehen.

| Geschlecht | Alter | Zahl der Gesammt-Fälle | Zahl der Fälle rechts | dextr. total | dextr. sup. | dextr. med. et inf. | Zahl der Fälle links | sin. total | sin. sup. | sin. inf. | dupl. | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Männer | 1-10 | 5 | — | — | — | — | 4 | 1 | — | 3 | 1 | |
| | 11-20 | 12 | 5 | — | 1 | 4 | 7 | 1 | — | 6 | — | |
| | 21-30 | 9 | 2 | — | — | 2 | 5 | 1 | — | 4 | 2 | |
| | 31-40 | 11 | 8 | 1 | 2 | 5 | 2 | — | — | 2 | 1 | |
| | 41-50 | 3 | 3 | — | 1 | 2 | — | — | — | — | — | |
| | 51-60 | 2 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | |
| | 61-70 | 2 | 1 | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | |
| | 71-80 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | |
| Weiber | 1-10 | 3 | 2 | — | — | 2 | 1 | — | — | — | — | Der letzte Fall in der Rubrik von links ist eine centrale Pneumonie die nur aus Fieber rostfarbenen Sputis und Schmerz diagnosticirt werden konnte. |
| | 11-20 | 2 | 1 | — | — | 1 | 1 | 1 | — | 1 | — | |
| | 21-30 | 2 | 2 | — | — | 2 | — | — | — | — | — | |
| | 31-40 | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | |
| | 41-50 | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | |
| | 51-60 | 2 | 1 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | |
| | 61-70 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 71-80 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| Summe | | 56 | 28 | 2 | 5 | 21 | 22 | 4 | — | 17 | 6 | |
| Procentsatz | | | 50,0 | 3,57 | 8,92 | 37,5 | 39,28 | 7,14 | — | 30,35 | 10,71 | |

Es ergiebt sich aus dieser Tabelle, dass wie das auch allgemein angenommen wird, die rechte Lunge häufiger erkrankte als die linke. Von den einzelnen Lappen erkrankte in unseren Fällen am meisten der rechte untere, den ich mit dem mittleren combiniren zu dürfen glaubte, zumal eine gesonderte Erkrankung des mittleren nicht constatirt wurde, ihm folgt der linke untere, dann die Erkrankung beider Lungen, hierauf die rechts oben, links total, rechts total und schliesslich würde links oben übrig bleiben, welcher Lappen freilich in unseren Fällen keine Erkrankung aufzuweisen hat.

Wir kommen jetzt zu der Dauer der Pneumonieen und betrachten zuerst das Stadium vom Beginn der Krankheit bis zur definitiven Defervescenz, also bis zu dem Punkte, wo die Krisis oder Lysis abgelaufen ist. Ich nehme dabei die definitive Defervescenz dann an, wenn die Temperatur 38° erreicht hat und nicht wieder höher kommt. Dass die Zahlen nicht unbedingt sicher sind, versteht sich von selbst denn viele Patienten wissen sich des Krankheitsanfanges nicht zu erinnern und man muss sich mit ungenauen Angaben begnügen.

| Tag an welchem def. Defervesc eintrat | Männer | | | | Weiber | | | | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Zahl der Fälle | rechts | links | beiderseits | Zahl der Fälle | rechts | links | beiderseits | |
| 2 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | |
| 3 | 1 | — | 1 | — | 2 | 2 | — | — | |
| 4 | 5 | 2 | 3 | — | — | — | — | — | |
| 5 | 3 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | |
| 6 | 8 | 4 | 4 | — | 2 | 2 | — | — | |
| 7 | 6 | 3 | 3 | — | — | — | — | — | |
| 8 | — | — | — | — | 2 | 1 | 1 | — | |
| 9 | 3 | — | 3 | — | 2 | 1 | 1 | — | Bei einem dieser Patienten bildete sich ein Lungenabscess, wovon später. |
| 10 | 3 | 2 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | Ein Patient zeigte später wieder und noch bei der Entlassung leichte Fieberbewegungen, deren Grund nicht zu erkennen ist. |
| 11 | 2 | — | 2 | — | — | — | — | — | |
| 12 | 3 | 3 | — | — | — | — | — | — | |
| 14 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | |
| 16 | — | — | — | — | 1 | 1 | — | — | |
| 20 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | Der Erkrankungstag ist hier sehr unsicher. |

Hiernach sind die Zeitpunkte des Krisis sehr verschieden, die meisten fallen auf den sechsten Tag dann folgt der siebente und darauf der vierte, so dass die Tage vom vierten bis zum siebenten in unseren Fällen den Zeitraum darstellen in welchem vorzugsweise die Fieberlosigkeit eingetreten ist. Merkwürdig ist, dass in unsern Fällen die geraden Tage so bedeutend vorherrschen, während man gewöhnlich die ungraden als die vorherrschenden annimmt. Es könnte diese Abweichung vielleicht meiner Berechnungsweise zur Last gelegt werden, und ich möchte desshalb bemerken, dass ich den Tag an welchem die Kranken angaben erkrankt zu sein als den ersten Krankheitstag mitzählte, und dass ich bei Erkrankungen in der Nacht, falls genauere Angaben fehlten den darauf folgenden Tag als den ersten Krankheitstag bezeichnete.

Es ist glaube ich hier der Punkt um auf die im hiesigen Krankenhause angewendete Therapie mit zwei Worten einzugehen. Im Allgemeinen wurde bei den Pneumonieen so lange dieses die Höhe der Symptome also besonders des Fiebers nicht forderte nicht eingeschritten. Wurde

aber das Fieber hoch, drohte Herzschwäche, oder war die Expectoration sehr schwierig, so wurde Natr. salicyl, resp. Flor. benzoës, resp. liq ammon anisatus und dergleichen verordnet. Das Natr. salicyl wurde in einer Dosis von 5 gr. in der Regel dann gegeben, wenn die Temperatur 40,0° erreichte, und, wie es in den meisten Fällen gut vertragen wurde, versagte es seine Wirkung auch fast nie. Seit Ende des vorigen Jahres wurde nun in der medicinischen Klinik bei der Pneumonie fast ausschliesslich das von Klebs in die Therapie eingeführte Natr. benzoic angewendet. Dasselbe wurde in den meisten Fällen, da es sehr gut vertragen wurde von vornherein in etwa folgender Mischung gegeben. Natr. benzoic 30,0 Succ liquirit 10,0 Aq. dest 110,0 M D S Zweistündlich einen Esslöffel voll. Die Versuche sind bis dahin zu spärlich um ein endgültiges Urtheil zu gestatten, indessen erscheinen dieselben doch in der Weise aufmunternd, dass sie weiter fortgesetzt werden sollen, da allerdings das Mittel den Ablauf der Pneumonieen günstig zu beeinflussen schien.

Wenn wir jetzt zu der Art der Beendigung übergehen, so wollen wir zuerst die des Fiebers betrachten.

Dasselbe fiel bei 30 Patienten binnen 36 Stunden ab, während bei 17 die Entfiberung über 36 Stunden dauerte. Bei einem Patienten ist der Fieberabfall nicht zu ersehen, weil er noch nicht fieberfrei das Krankenhaus verliess und eine Patientin wurde zwar fibernd aufgenommen, wurde aber denselben Tag fieberfrei und bot das gewiss nicht sehr häufige Bild einer zweitägigen Pneumonie.

Die Art der Beendigung der Krankheit möge die folgende Tabelle illustriren.

| Es genasen | | | Es starben Männer | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Alter | Männer | Weiber | Anzahl | Tag der Krankh. | Anatomische Diagnose. |
| 1—10 | 5 | 3 | — | — | |
| 11—20 | 12 | 2 | — | — | |
| 21—30 | 8 | 2 | 1 | 7 | Pleuro-Pneumonia fibrinosa pulm. utriusque. Hepatisatio completa partim fusca partim rubra lob. omnium pulmoris dextr. excepto summo apice. Hepatisatio in completa rubr. lob. sup. et inf. pulm. sinistr. Pleuritis serofibrinosa lat. dextr. et fibrina lat. sin. Nephritis catarrhalis. Intumescentia pulparis lienis. |
| 31—40 | 9 | 1 | 2 | 9 und 11 | 1) Pleuropneumonia fibrinosa lob. inf. dextr Synechia et Pleuritis recens. pulm. dextr. Oedema lob. super. Hyperaenia pulm. sinistr. Hyperplasia splenis levis. Hyperaenia renum et cerebri. Hyperplasia hepatis cum ictero. Fractur cartilaginis costae VIII sanata.<br>2) Pneumon. dupl. fibrinosa. Starke Bronchitis. Parenchymatose Nephritis. Vergrösserung der Leber. Geringer Magencatarrh. |
| 41—50 | 1 | 1 | 2 | 6 und 14 | 1) Pleuropneumonia lob. inf. et med. pulmon. dextr. Kleine Hepatisationsheerde in der ganzen linken Lunge zerstreut. Geringe Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels. Bronchitis Tracheitis. Hydrocele des rechten Hoden. Hyperplas. lien.<br>2) Pleuropneumonia fibrinosa im rechten Oberlappen beginnend. P. im linken Oberlappen. Oedem beider Lungen. Alte Pleuritis und Pericarditis. Atherom der Aorta. Hypertrophie d. l. Ventrikels. Myocarditis u. Fettinfiltration. Tracheobronchitis Ascites. |
| 51—60 | 1 | 2 | 1 | 9 | Pleuropneumonia duplex. Aneurysma varicosum d. linken Subclavia. Chron. Endophlebitis. Starke Erweiterung der Armvenen. Frische Parietalthromben in den Venen. Oedem d. linken Armes. Geringe Dilatation d. rechten Herzens mit beginnender Fettdegeneration. |
| 61—70 | 2 | — | — | — | |
| 71—80 | — | — | 1 | 8 | Pleuropneumonia chronica fibrinosa et catarrhalis dupl. Bronchiectasis lob. sup. dextr. Pleuropneumonia recens. lob. inf. sin. et synechia lob. super. Bronchitis chronica. Ulcera laryngis. Hypertrophia lienis acuta Nephritis catarrhalis. Hernia inguinal. lat. utriusque. Hypertrophia prostatae. |

Was die Gesammtmortalität betrifft so beträgt dieselbe auf die Männer allein berechnet 15,55 % auf die Gesammterkrankungen berechnet 12,5 %. Ich glaube, dass man diese Trennung machen muss, da die Sterblichkeit bei den Weibern für Pneumonie meistens höher ist als die der Männer. Von allen Todesfällen kann nur bei zweien von eigentlichen Complicationen die Rede sein, und das ist das schon erwähnte Aneurysma varicosum. Der Schultergefässe, das Patient 18 Jahre vorher durch einen Stich acquirirt haben wollte und dann eine Myocarditis. In den nicht lethal verlaufenen Fällen sind als Complicationen des pleuropneumonischen Processes hervorzuheben ein Fall von chronischer Endocarditis nach Rheumatismus mit Mitralklappenfehler und ein Fall von Erysipelas faciei, das am sechsten Tage der Krankheit mit Ansteigen der schon fast zur Norm gesunkenen Temperatur zum Ausbruch kam. Das Auftreten von Eiweiss im Harn war ein nicht seltenes Vorkommniss und wurde in unsern Fällen 26 mal constatirt. Meistens fand es sich in geringen Mengen, dreimal aber, wie ausdrücklich bemerkt, sehr reichlich.

Eine Milzschwellung war während des Lebens nicht gerade selten zu constatiren, und zeigte sich bei den Autopsieen sogar häufig.

Herpes, Nasenbluten und Erbrechen wurde mehrfach beobachtet. Das letztere konnte sogar achtmal als Aufangssymptom festgestellt werden.

Anschliessend an die Frage nach den Complicationen möchte ich hier zwei Krankengeschichten einflechten, und besonders etwas genauer auf einen Fall von Lungenabscess eingehen, welcher sich in Folge einer acut auftretenden Lungenerkrankung, die nach ihrem ganzen Verlauf als fibrinöse Pneumonie gedeutet werden musste, entwickelt hatte:

Joseph Wortmann 27 Jahr alt Diener in Göttingen wurde am 14. XII. 78 auf die medicinische Klinik aufgenommen.

Patient ein kräftig aussehendes Individuum ist immer gesund gewesen bis auf eine Lungenentzündung, die er im

Alter von 17 Jahren überstand. Vom Militairdienste war er wegen Krampfadern am Beine befreit. Er ist am 10. mit Schüttelfrost erkrankt und seit dem 13. bettlägerig. Der Husten war dabei gering, Auswurf nicht vorhanden. Appetit schlecht, zuweilen Kopfschmerzen. Stuhl regelmässig bis zum 13., seitdem angehalten. Seit einigen Jahren hat Patient mitunter gehustet und etwas Schleim ausgeworfen, hat aber seine Arbeiten stets rüstig ausführen können und bis zum Tage seiner Erkrankung für einen gesunden Menschen gegolten. Die Untersuchung bei der Aufnahme ergiebt: Links hinten unten Dämpfung vom untern Winkel der Scapula bis zur Basis der Lunge. Hier ist die Perkussion schmerzhaft. In der Axillarlinie beginnt die Dämpfung in der Höhe der Mamilla. Im Bereich der Dämpfung bronchiales Athmen, das nach unten zu wie aus der Ferne gehört wird. Nach oben einzelne grossblasige Rasselgeräusche. Starke Bronchophonie. Beim Lagewechsel ändert sich der Perkussionsschall an der Gränze der Dämpfung. Auch links vorn unter der Clavicula ist der Schall matt im Vergleich zu rechts. Es sind hier mässig reichliche Rasselgeräusche. Sensorium ist frei. Allgemeinbefinden besser als gestern. Am linken Nasenflügel geringe Herpeseruption. In der linken abgeflachten und eingezogenen Thoraxhälfte liegt der Spitzenstoss im 5. Intercostalraume 2 Querfinger extramamillär und ist verbreitert. Pulsatio epigastrica. Herzresistenz ragt 2 ctm. über den rechten Sternalrand. Unterhalb der Mammilla systolische Einziehung. Der erste Ton an der Spitze ist blasend der zweite Pulmonalton klappend. Temperatur 39,5. Puls 92. Respiration 24. Verordnung: Natr. benzoic.

Am 15. XII. Vormittags 11 Uhr wird plötzlich beim Husten eine grosse Menge Eiter entleert, wobei Patient das Gefühl hat, als ob er ersticken müsse. Die Temperatur die an diesem Tage 40,2 erreicht, ist am 16. XII. Morgens bis auf 37,9 gesunken. Pat. hat geschlafen. Hinten Dämpfung der ganzen linken Seite die nach unten zu vollständig wird. Ueberall grossblasige reichliche Rasselgeräusche. Unten

verschärftes Athmen. Die Sputa sind sehr reichlich von grüngelber Farbe und setzen sich in drei Schichten ab. Die obere ist eitrig, die mittlere flüssig und die untere aus einem feinkörnigen Bodensatz bestehend. Urin eiweisshaltig. Temperatur abends 10 Uhr 40,3°.

Am 17. XII. Patient hat wenig geschlafen. Dämpfung und Auscultationserscheinungen wie gestern. Sputa reichlicher, die obere Schicht zeigt in der grünlichen Grundfarbe röthliche Beimengungen in denen man bei der mikroscopischen Untersuchung keine Hämatoidinkrystalle, wohl aber frische Blutkörper findet. Ausserdem zeigt das Sputum ausser Eiterkörperchen elastische Fasern, theils in Form von Alveolen und grössere und kleinere Haufen von Sphärobacterien und leptothrixartigen Formen. Temperatur 38,5. Verordnung: Balsamische Mixtur aus Tinct. myrrhae 4,0 Ammon. muriat. ferruginos 4,0 Aq. dest. 170,0 Syr. balsam. Peruvia 10,0.

Bei einer an demselben Tage vorgenommenen zweiten Untersuchung bemerkte man links vorn Zeichen des Metallklanges.

Am 18. XII. Patient hat nicht viel geschlafen. Bei der Percussion bemerkt man an einer Stelle links hinten medianwärts in der Höhe des unteren Winkels der Scapula wechselnden Schall beim Oeffnen und Schliessen des Mundes, namentlich beim Oeffnen deutlichen Höhlentimbre. In derselben Gegend hört man bronchiales Athmen mit klingendem Rasseln. Das bronchiale Athmen wird häufig durch das Rasseln fast vollständig verdeckt und hat während der Ex- und Inspiration eine verschiedene Tonhöhe. Auch vorn links zahlreiches dumpfes Rasseln. Allgemeinbefinden ist besser, Zunge feucht und rein. Der Kranke ist von heute ab fieberfrei und schwitzt stark.

Am 19. XII. Patient hat wegen starken Hustens wenig geschlafen. Die Höhlensymptome sind besonders links hinten oben noch sehr deutlich, überall links hört man deutliche zum Theil klingende Rasselgeräusche. Die Sputa noch immer ziemlich reichlich bilden nur eine Schicht.

Am 20. XII. Patient hat ziemlich gut geschlafen, weniger gehustet und befindet sich ziemlich gut. Patient nimmt jetzt eine Mixtur mit Ammon. muriat. ferruginosum und Natr. benzoic.

Inzwischen werden die Sputa immer geringer, zäh, gelb aussehend, das bronchiale Athmen geht in hauchendes über, die Rasselgeräusche werden weniger und am

27. XII sind kaum noch Höhlensymptome nachzuweisen. Patient blieb bis zum 11. II. 79 im Krankenhause. Er hatte sich die letzten Wochen sehr wohl befunden, wenig husten müssen und bot ein gesundes blühendes Aussehen. Sein Körpergewicht hatte um 7,5 Kilogr. zugenommen. Bei der, bei seinem Abgange vorgenommenen Untersuchung ergab sich Folgendes: Vorn ist die linke Thoraxhälfte flacher als die rechte, namentlich die Partie zwischen Clavicula und Mamilla. Beim Athmen hebt sich die rechte vordere Thoraxpartie bedeutend mehr als die linke, und man sieht auf der letzteren von der fünften Rippe bis zur Clavicula deutliche Pulsation, dieselbe erstreckt sich bis reichlich zwei Querfinger weit ausserhalb der Mamilla.

Deutliche Pulsation ist auch im Jugulum und den beiden fossae supraclaviculares zu sehen.

Die Herzresistenz reicht gut drei Querfinger über den rechten Sternalrand hinaus, nach links ist dieselbe wegen Dämpfung in der Axillarlinie nicht abzugrenzen. Die Töne sind an der Herzspitze dumpf, unrein, namentlich der erste der auch über der Aorta und Pulmoralis unrein gehört wird, während der zweite Ton über der letzteren deutlich accentuirt ist. Die Perkussion der Lungen ergiebt rechts vorn normale Verhältnisse links vorn tympanitisch-gedämpften Schall. Hier weist man durch die Auscultation unbestimmtes Athmen und Rasselgeräusche von knarrendem Charakter nach, links hinten ist durchweg mässige Dämpfung, die namentlich in der fossa supraspinata und im Bereich des untern Drittels der Scapula einen tympanitischen Beiklang hat. Höhlensymptome lassen sich durch die Perkussion nicht constatiren. Das Athemgeräusch ist links in den un-

tern Partien abgeschwächt, überall hauchend mit ziemlich reichlichen grossblasigen Rasselgeräuschen untermischt, die besonders nach Husten im Bereich des unteren Drittels der Scapula deutlich klingend sind. Hier hat auch das Athemgeräusch einen besonders hauchenden tönenden Charakter und die Stimmresonanz ist besonders stark. Rechts hinten normale Verhältnisse.

Auch hinten ist die linke Thoraxhälfte flacher als rechts. Der Puls ist ziemlich kräftig, Appetit gut, Verdauung ungestört. Harn wird in normaler Menge gelassen und ist frei von Eiweis.

Aus der vorstehenden Geschichtserzählung ergiebt sich, dass Patient vor seiner jetzigen acuten Erkrankung an einer linksseitigen Lungenschrumpfung gelitten hat, dieses können wir daraus folgern, dass das Volumen der linken Thoraxhälfte geringer war als das der rechten und dass das Herz nach links dislocirt war. Ich glaube nicht zu irren wenn ich diesen Schrumpfungsprocess mit der Lungenentzündung in Zusammenhang bringe welche Patient in seinem 17. Jahre zu überstehen hatte. Freilich ist Patient, trotz jener Erkrankung bis zu der zweiten sich acut entwickelnden Krankheit welche in typischer Weise mit Schüttelfrost begann, vollkommen leistungsfähig gewesen. Dass diese acute Erkrankung als eine linksseitige Lungenentzündung angesprochen werden muss, dafür sprechen die ausgedehnten Infiltrationserscheinungen, welche dieselbe darbot und von denen anzunehmen ist, dass sie vor dem Anfang der Erkrankung nicht vorhanden waren, denn wären sie vorhanden gewesen, so hätte sich der Kranke nicht so gesund gefühlt und wäre nicht so leistungsfähig gewesen wie dieses der Fall war.

Ich würde demnach annehmen dass sich eine acute Pneumonie in einer bereits seit längerer Zeit in ihrem Volum reducirten und vielleicht auch sonst nicht ganz gesunden Lunge entwickelt hat. Dass diese Lungenentzündung wirklich den Ausgang in Abscessbildung genommen hat, habe ich aus zwei Gründen folgern zu dürfen geglaubt.

1) Entleerte der Kranke am sechsten Tage der Krank-

heit, während bis dahin eigentlich kein Auswurf bestanden hatte, auf einmal unter Erstickungsgefahr eine grosse Menge gelbgrünen Eiters und

2) liessen sich im Gefolge dieses eitrigen Auswurfs welcher also durch Entleerung des Abscesses in die Bronchien bedingt war deutliche Höhlensymptome nachweisen, welche früher nicht bestanden hatten. Dass er sich um einen wirklichen Zerfall von Lungengewebe handelte, geht daraus hervor, dass sich in den Sputis elastische Fasernetze in Form der Alveolen nachweisen liessen.

Ich habe diesen Fall etwas ausführlicher mitgetheilt weil er jedenfalls nicht zu den häufigen Verkommnissen gehört. In unserem Falle handelt es sich sicher nicht um eine einfache Pneumonie.

Bei ihnen sind wie Leyden (Volkmanns Samml. kl. Vorträge Nr. 114 und 115) angiebt, wirkliche Abscesse sehr selten, ja es ist nach ihm sogar der Zweifel berechtigt, ob sie überhaupt aus einer ganz normalen croupösen Pneumonie hervorgehen können.

Ich will diesen Fall nicht verlassen ohne noch kurz einen Status anzuführen der am 21. October 1879 über den J. Wortmann aufgenommen ist, nachdem derselbe sich auf Aufforderung des Herrn Professor Ebstein in der Klinik präsentirt hatte:

Wortmann hat sich seit der Entlassung aus dem Hospital angeblich wohl befunden, nur hat er bei Witterungswechsel ein Gefühl von Mattigkeit, und ist beim Laufen kurzathmig. Er hustet etwas, aber nicht mehr als vor seiner Erkrankung und will vor 14 Tagen beim Husten aus Mund und Nase gleichzeitig viel Blut verloren haben. Der Brustkasten ist etwas flach sonst gut entwickelt links flacher als rechts. Spitzenstoss ist fühlbar zwischen 6. und 7. Rippe, etwa 4 ctm. auswärts von der Mamilla. Beim tiefen Athmen dehnt sich die linke Seite sehr wenig aus. Die Perkussion ergiebt links vorn bis zur zweiten Rippe einen deutlich höheren Schall als rechts, von da ab bis zur 6. Rippe mässige Dämpfung, welche sich auch in der

linken seitlichen Partie des Brustkastens findet. An der ersten und zweiten Rippe ändert sich der Schall bei weitem Oeffnen des Mundes, er wird höher und hat einen tympanitischen Beiklang. Links hinten ist der Perkussionsschall durchweg dumpfer als rechts, wo er keine auffällige Abnormität zeigt. Rechts vorn ist der Schall zwischen Schlüsselbein und 2. Rippe etwas dumpfer als abwärts. Die Leber beginnt am unteren Rand der 6. Rippe.

Die Auscultation ergiebt links vorn über und unter dem Schlüsselbein bis zur 2. Rippe klingendes, mässig reichliches, ziemlich grossblasiges Rasseln, daneben sind die Herztöne sehr deutlich hörbar und ausserdem eine Reihe unbestimmter Geräusche welche das schwach bronchiale Athmen meistens verdeckt. Weiter unten ist das Athmungsgeräusch unbestimmt und es finden sich hier eine Reihe dumpfer kleinblasiger Rasselgeräusche. Rechts hinten fällt wie auch rechts vorn in der Spitze eine etwas grössere Rauhheit des Athemgeräusches auf. Hinten hört man ausserdem ein von oben nach unten an Intensität zunehmendes Reibegeräusch sowohl bei der In- als Exspiration. Dasselbe Geräusch hört man links hinten, besonders in den unteren Partien, nur ist er hier bedeutend lauter und scheint sich aus einer grossen Reihe direkt in einander übergehender Rasselgeräusche zusammen zu setzen. Die Herzresistenz überragt den rechten Sternalrand um 2 ctm. Die Herzdämpfung ist ausgedehnt, sie beginnt 2 ctm. vom linken Sternalrand zwischen 3. und 4. Rippe und ist links durch den Spitzenstoss gegeben. Von der Dämpfung in der Umgebung unterscheidet sie sich durch grössere Intensität und dadurch, dass man in ihrem Bereiche deutlich den Klappenstoss fühlt. Der zweite Pulmonalton sehr laut, sonst sind die Töne rein. Die Ernährung ist gut, Appetit gut, Stuhl geregelt. Temperatur nach dem Gefühl nicht vermehrt. W. giebt noch an, dass er bei der ersten Lungenentzündung einen Arzt erst zu Rathe gezogen habe, als er auf der Besserung gewesen sei und dass er nach jener Krankheit 3

Wochen arbeitsunfähig gewesen sei, dann aber seine Arbeiten wie früher verrichtet habe.

Wir sehen also, dass der Kranke trotz seines subjectiven Wohlbefindens noch immer das Bild einer linksseitigen Lungenschrumpfung mit Höhlenerscheinungen in der Spitze darbietet Auch die rechte Lungenspitze ist nicht ganz frei und über beiden Lungen besteht ein ziemlich weit verbreiteter Katarrh; dabei expectorirt der Kranke fast gar nicht. Nach Allem dem glaube ich, dass wir bei der oben auseinandergesetzten Ansicht, dass es sich um einen Pneumonischen Process in einer geschrumpften Lunge mit eitriger Einschmelzung des Lungengewebes handelt, festhalten müssen und dass wir jetzt noch hinzufügen können dass der Process nicht zur Ausheilung gekommen ist, sondern trotz des fast tadellosen Wohlbefindens des Kranken seitdem weitere Fortschritte gemacht hat.

Ein zweiter Fall von croupöser Pneumonie, den ich hier folgen lassen möchte, dürfte wegen des dabei beobachteten Sputums einige Beachtung verdienen.

C. v. M. Student in Göttingen 21 J. alt ist in der letzten Zeit gesund gewesen, hat aber früher Masern, Lungenentzündung und Typhus gehabt. In der Nacht vor seiner Aufnahme am 6. VI. 78 erkrankte er mit Frost und Stichen in der rechten Seite. Bei der Aufnahme ist die Pulsfrequenz 92, die Temperatur 38,7°. Ueber der rechten Lunge bemerkt man hinten unten Dämpfung und Reiben, auch in der rechten Axillarlinie Dämpfung, und bei Lagewechsel Aenderung des Schalls. Die Percussion ist auf der ganzen rechten Seite schmerzhaft. Linke Lunge und Herz ohne Abnormitäten. Zunge feucht, Appetit gering, Stuhl retardirt. Ordination: Calomel.

Am 7 XI Stuhlgang ist zweimal erfolgt, Appetit hat sich gebessert, Patient hat wenig trockenen Husten. Sonst ist der Befund wie gestern. Temperatur abends 39,0°.

Am 11. VI. Das Befinden des Kranken ist gut, die Schmerzen in der rechten Seite sind gering, die Dämpfung

reicht bis zum untern Winkel der Scapula. Reiben ist noch vorhanden, Husten gering trocken, Temperatur 37,7°

Am 14. XI. Ueber der afficirten Stelle noch deutlich Knarren zu hören. Patient expectorirt jetzt geringe Menge von schleimigem Sputum, welches demnach am neunten Tage der Erkrankung zuerst auftritt. Dasselbe ist ganz durchsichtig, stark grünlich-gelb und enthält mikroskopisch Körnchenzellen und zerfallene Lymphkörperchen.

Am 15. VI. Patient hatte gestern Abend starke Dyspnoe mit Stichen in der rechten Seite und Erbrechen, dabei eine Temperatur von 39,°. Heute beträgt die Temperatur 40,1°. Die Execarbation soll die Folge einer starken gemüthlichen Erregung sein. Die mässig reichlichen Sputa sind von derselben grünlichen Färbung wie früher und zeigen bei Aufgiessen von rauchender Salpetersäure keine Farbenveränderung, dagegen zeigt sich an der Grenzschicht eine deutliche Gerinnung von Eiweiss.

Am 20. VI. Die Temperatur die schon am 16. wieder normal geworden ist, beträgt heute 37,4° Patient befindet sich wohl, hat aber bei tiefer Inspiration noch geringe Schmerzen. Rechts hinten unten ist noch etwas Dämpfung mit tympanitischen Beiklang, ebenso hört man noch abgeschwächtes Athmen und Rasselgeräusche. Am 23. VI. wird Patient entlassen.

Der eben erzählte Fall ist interessant wegen des Auftretens grüner Sputa im Verlauf einer Pneumonie.

Grüne Sputa bei Pneumonikern, wofern dieselben nicht zugleich an Icterus leiden, sind offenbar selten. Die grüne Färbung die durch Umwandlung des Blutfarbstoffs entsteht, kann unter verschiedenen Bedingungen in den Sputis von nicht icterischen Pneumonikern auftreten, alle diese Bedingungen setzen aber voraus, dass der Process kein ganz acut ablaufender ist, sondern dass blutige Sputa längere Zeit in der Lunge resp. den Luftwegen verweilen. Traube hat versucht diese Bedingungen näher zu präzisiren, und giebt an, dass grüne Sputa bei fehlendem Icterus vorkommen.

1) bei der croupösen Pneumonie in Fällen in denen es zu keiner Krise kommt, in denen aber während das Fieber lytisch zu Ende geht noch eine Resolution möglich ist.

2) In solchen Fällen von croupöser Pneumonie die den Ausgang in Abscessbildung nehmen.

3) Im Beginn der subacut verlaufenden käsigen Pneumonie gleichgiltig ob dieselbe mit Tuberculose einhergeht, oder ohne dieselbe auftritt.«

In unserem Falle handelt es sich um eine Pneumonie der ersten Kategorie. Die Krankheit ging bei unserem Patienten in Resolution über; zu einer kritischen Entscheidung kam es dabei nicht, sondern das Fieber ging lytisch zu Ende. Traube beobachtete grüne Spute am 13. Tage, in unseren Falle traten sie am 9. Tage auf. Wenn ich nun noch einmal auf die vorhin verlassene Statistik zurückkomme, so glaube ich dieselbe ziemlich erschöpft zu haben wenn ich endlich noch eine Tabelle des Hospitalaufenthalts der Kranken folgen lasse. Ich habe diesen Aufenthalt in zwei Perioden getheilt, erstens bis zum Eintritt der Deservescenz und zweitens von da bis zur Entlassung. Die in der Tabelle enthaltenen Zahlen mit Worten zu erläutern scheint überflüssig und ich glaube desshalb meine Arbeit hier abschliessen zu dürfen, nachdem ich meinem verehrten Lehrer Herrn Professor Ebstein für die Mühe die ich ihm durch dieselbe gemacht habe meinen besten Dank gesagt habe.

## Männer.

| Alter | Aufenthalt bis zum Eintritt der Defervescenz nach Tagen | | | | | | | Aufenthalt vom Eintritt der Defervescenz bis zur Entlassung nach Tagen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 10 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 15 | 16 | 18 | 19 | 26 | 28 | 31 | 33 | 34 | 49 | 56 | |
| 1—10 | 1 | — | 2 | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | |
| 11—20 | 4 | 5 | 2 | 1 | — | — | — | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 | 1 | — | — | 2 | — | — | 1 | — | — | — | — | |
| 21—30 | 1 | 2 | — | 1 | 3 | — | 1 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | 1 | — | 2 | — | — | — | 1 | Der Kranke mit 56 Tagen ist der mit dem Abscess. |
| 31—40 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | — | — | 1 | 1 | 1 | — | — | 2 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | |
| 41—50 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| 51—60 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| 61—70 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | |
| 71—80 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |

## Weiber.

| Alter | Aufenthalt bis zum Eintritt der Defervescenz nach Tagen | | | | | | Aufenthalt vom Eintritt der Defervescenz bis zur Entlassung nach Tagen | | | | | | | | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 4 | 5 | 8 | ? | 5 | 8 | 11 | 17 | 19 | 20 | 24 | ? | |
| 1—10 | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | |
| 11—20 | 2 | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | |
| 21—30 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | |
| 31—40 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | |
| 41—50 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | Die hier aufgeführte Kranke hatte nur ½ Tag Fieber. |
| 51—60 | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | |
| 61—70 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| 71—80 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |